

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS (UNA-SUS) - NÚCLEO DO CEARÁ
NÚCLEO DE TECNOLOGIAS EM EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA EM SAÚDE
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

DAVI GREGORIO PITA

**TUBERCULOSE: RASTREAMENTO E BUSCA ATIVA DE NOVOS CASOS NO
DISTRITO DE PRATIÚS II, PINDORETAMA, CEARÁ.**

FORTALEZA

2014

DAVI GREGORIO PITA

**TUBERCULOSE: RASTREAMENTO E BUSCA ATIVA DE NOVOS CASOS NO
DISTRITO DE PRATIÚS II, PINDORETAMA, CEARÁ.**

Trabalho de Conclusão de Curso submetido à
Coordenação do Curso de Especialização em
Saúde da Família, modalidade semipresencial,
Universidade Aberta do SUS (Una-SUS) -
Núcleo Do Ceará, Núcleo de Tecnologias em
Educação a Distância Em Saúde, Universidade
Federal do Ceará, como requisito parcial para
obtenção do Título de Especialista.

Orientadora: Me. Adriana Valéria Assunção
Ramos

FORTALEZA

2014

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará

P681t Pita, Davi Gregorio.

 Tuberculose: rastreamento e busca ativa de novos casos no distrito de Pratiús II, Pindoretama, Ceará. / Davi Gregorio Pita. - 2015.

 21 f.

 Trabalho de Conclusão de Curso (especialização) – Universidade Federal do Ceará, Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS) – Núcleo Ceará, Núcleo de Tecnologias de Educação em Saúde à Distância (NUTEDS), Curso de Especialização em Saúde da Família, Fortaleza, 2015.

 Orientação: Prof. Me. Adriana Valéria Assunção Ramos.

 1. Tuberculose. 2. Centro de saúde. 3. Agente Comunitário de Saúde. I. Título.

CDD 616.995

DAVI GREGORIO PITA

**TUBERCULOSE: RASTREAMENTO E BUSCA ATIVA DE NOVOS CASOS NO
DISTRITO DE PRATIÚS II, PINDORETAMA, CEARÁ.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Coordenação do Curso de Especialização em Saúde da Família, modalidade semipresencial, Universidade Aberta do SUS (Una-SUS) - Núcleo Do Ceará, Núcleo de Tecnologias em Educação a Distância Em Saúde, Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do Título de Especialista.

Aprovado em: 27/01/2015

BANCA EXAMINADORA

Me. Adriana Valéria Assunção Ramos.
Universidade de Fortaleza (UNIFOR)

Dr. Alberto Novaes Ramos Júnior.
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Me. Luciana Vieira de Carvalho.
Universidade Federal do Ceará (UFC)

RESUMO

A tuberculose ainda é um grande problema de saúde pública e vem preocupando autoridades da área de saúde. Apesar da taxa de incidência no Brasil estar diminuindo, a sua mortalidade é ainda muito alta. Algumas condições podem favorecer a transmissibilidade da tuberculose, como outras doenças preexistentes ou fatores de risco sociais (alta densidade populacional, pobreza, etilismo, dentre outros). Isso faz com que o Governo realize ações em vários setores da sociedade com intuito de diminuir a vulnerabilidade para a doença na população. A tuberculose é uma doença curável e evitável. Por causa disso tem grande impacto na saúde da população com medidas simples. O diagnóstico e o tratamento precoce são responsáveis para interromper a cadeia de transmissão da doença. Através do resultado da territorialização realizada na área adscrita do Pratiús II, distrito de Pindoretama, verificamos que a incidência e a prevalência de casos de tuberculose estão aquém do esperado para a região. Por causa disso, decidimos fazer um projeto de intervenção para que se mude essa realidade. Os Agentes Comunitários de Saúde serão responsáveis em buscar pacientes suspeitos de tuberculose, encaminhando essas pessoas a Unidade Básica de Saúde para o rastreio diagnóstico adequado pelo médico. Este trabalho tem intuito de realizar busca de novos casos e atividades de educação em saúde com a população adscrita no território da Unidade Básica de Saúde do Pratiús II.

Palavras-Chave: Tuberculose, Centros de Saúde, Agentes Comunitários de Saúde.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	5
2	PROBLEMA.....	8
3	JUSTIFICATIVA.....	9
4	OBJETIVOS.....	10
4	OBJETIVO	
4.1	GERAL.....	10
4.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	10
5	REVISÃO DE LITERATURA.....	11
6	METODOLOGIA.....	15
7	CRONOGRAMA.....	17
8	RECURSOS NECESSÁRIOS.....	18
9	RESULTADOS ESPERADOS.....	19
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	20

1 INTRODUÇÃO

O Pratiús é um distrito rural do município de Pindoretama. Situa-se a aproximadamente 45 km de Fortaleza, capital do Estado do Ceará. Inserido às margens da CE 025, que liga o município de Pindoretama à Praia da Caponga no município de Cascavel. O ambiente está composto por áreas verdes, delimitadas por dois riachos, Caponga do Alagamar e Caponga Funda. O Pratiús se estende ao extremo norte até o povoado do Caracará, distrito de Aquiraz e ao sul com o distrito do Coqueiro do Alagamar pertencente à Pindoretama.

Antigamente só existia uma localidade chamada de Pratiús que tinha somente uma igreja católica. O pároco de Pindoretama decidiu pela construção de outra igreja católica, próximo ao extremo com Cascavel, dividindo assim o distrito em duas localidades, Pratiús I e Pratiús II. A Unidade de Saúde de Pratiús foi instalada em 1991 e atualmente possui duas equipes de saúde da família (ESF), sendo cada ESF responsável por cada uma das duas localidades.

A localidade de Pratiús II, atualmente com cerca de 679 famílias cadastradas, tem como características socioeconômicas: a agricultura familiar, a cana-de-açúcar, o artesanato voltado ao bordado, renda de birro e costura. A prática da pesca é realizada pela população nativa para alimentação familiar. Boa parte das pessoas é empregada em fábricas de cidades próximas ou na construção civil. Além disso, parte da população é empregada nos estabelecimentos comerciais locais, tais como mercantis, confecções, bares e padarias. A classe trabalhadora também é absorvida em serviços em Fortaleza ou no centro de Pindoretama. Outra característica importante é a dependência financeira das famílias de programas assistencialistas, como o Bolsa Família, ou de aposentadorias.

A partir da territorialização realizada no distrito do Pratiús II, foram identificados alguns problemas relacionados ao processo saúde-doença da população da região. Foi identificado que não há nenhuma notificação de tuberculose e hanseníase há algum tempo, sendo que o último caso de tuberculose foi registrado há 4 anos, conforme consta informação no livro de registro da Unidade de Saúde. O número de diabéticos menor que a média nacional; o uso de álcool e outras drogas; a violência; a grande quantidade de pessoas com transtornos psiquiátricos e dependentes de ansiolíticos foram os outros problemas identificados.

Este trabalho de territorialização foi apresentado à gestão municipal, a informantes-chaves da comunidade e a membros da ESF que elegeram como problema principal na

localidade Pratiús II, a tuberculose, em virtude de atualmente não ter casos diagnosticados da doença, considerada “silenciosa” e com alto grau de transmissibilidade.

A tuberculose é uma doença importante do ponto de vista de saúde pública em todo o mundo, levando a OMS a concentrar esforços para reduzir o número de casos da doença ou minimizar suas complicações. Em 1993, essa entidade declarou a tuberculose (TB) como emergência mundial e passou a recomendar estratégias para o controle da doença. As estratégias estão pautadas em cinco princípios (BRASIL, 2011):

- Compromisso político com capacitação dos recursos humanos e garantia dos recursos financeiros, elaboração de planos de ação (definição de atividades, metas, prazos e responsabilidade) e mobilização social.
- Diagnóstico por exames bacteriológicos de qualidade.
- Padronização do tratamento com supervisão da tomada da medicação e apoio ao doente.
- Gestão e fornecimento eficazes de medicação.
- Sistema de monitorização adequado e ágil desde a notificação até o desfecho do caso.

Em 2006, a OMS lançou outras metas que servem para complemento das estratégias mencionadas anteriormente. São eles (BRASIL, 2011):

- Buscar a expansão e o aperfeiçoamento das estratégias de 1993
- Tratar a coinfeção TB/HIV, colocando em prática atividades colaborativas e integradas.
- Prevenir e controlar TB multirresistente.
- Tratar pessoas privadas de liberdade, refugiados, moradores de rua e outras populações vulneráveis.
- Contribuir com fortalecimento do sistema de saúde:
 - Melhorias de recursos humanos e de gestão.
 - Abordagem integral à saúde pulmonar.
 - Adaptar inovações de outras áreas.
- Envolver todos provedores de saúde com abordagens público-público e público-privado. Promover a padronização internacional de atenção a TB.
- Empoderar os portadores de TB e comunidades (participação social e promoção ao conhecimento dos direitos dos pacientes)

- Capacitar e promover a pesquisa, podendo ser pesquisas operacionais como novos programas de controle ou de novas medicações e métodos diagnósticos.

2 PROBLEMA

O número zero no registro de novos casos de tuberculose há 4 anos na região do Pratiús II é preocupante. Esse registro pode indicar que há casos de tuberculose na área sem diagnóstico e, como consequência, há também propagação da doença na região, alimentando o ciclo de contaminação.

3 JUSTIFICATIVA

A TB é uma doença curável e evitável. O diagnóstico precoce e o tratamento adequado são de vital importância para interromper a cadeia de transmissão da doença e, a partir dessas medidas, é possível controlar a TB.

Devido ao grande estigma social e ao fato de a população do Pratiús II ter fatores de riscos relevantes (densidade populacional, pobreza, etilismo, uso de drogas) e indicadores epidemiológicos (incidência e prevalência) com resultados não satisfatórios, percebeu-se com isso a necessidade realizar uma intervenção a fim de detectar novos casos de tuberculose. Outro fator que contribuiu para a escolha desse tema foi o fato de o município ter sido notificado pela secretaria de saúde do Estado, em virtude do baixo número de notificações, aquém do esperado.

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Identificar casos novos de tuberculose na população da área de adscrição da localidade de Pratiús II, em Pindoretama, Ceará.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Realizar a busca ativa de sintomáticos respiratórios
- Promover o Dia da Tosse na unidade de saúde.
- Avaliar as pessoas (contatos) que coabitam ou coabitaram com portadores de tuberculose.
- Identificar indivíduos em situação de risco maior para tuberculose, tais como, pessoas institucionalizadas ou em comunidades fechadas, etilistas, usuários de outras drogas, desnutridos, imunossuprimidos e trabalhadores que mantêm ou mantiveram contato com doentes.
- Realizar atividades de educação em saúde com a comunidade da área do Pratiús II.
- Promover a capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e outros profissionais de saúde para identificar sintomas ou situações de risco para TB.
- Orientar os pacientes sobre a forma correta de coletar o material para baciloscopia a fim de gerar amostras satisfatórias para o laboratório.

5 REVISÃO DE LITERATURA

A tuberculose (TB) é uma doença de evolução crônica que compromete principalmente os pulmões. O agente etiológico é o *Mycobacterium tuberculosis*, um bacilo que tem um crescimento lento e é resistente a descoloração por solução contendo álcool/ácido, evidenciado pelo método de Ziehl-Neelsen. A bactéria é facilmente destruída por agentes físicos, como calor, raios solares e radiações ionizantes (MELO, 2009, p1263).

A bactéria depende do parasitismo, não sendo encontrada de forma livre na natureza. Por ser um aeróbio estrito na maioria das suas populações, infecta principalmente pulmões. Por isso, sua transmissão principal é por via aérea, sendo facilitada nos casos de aglomerações humanas. A tuberculose tem morbidade baixa e associado a um crescimento lento do bacilo provoca uma doença de curso crônico e lento em indivíduos com baixa imunidade, com destaque para desnutrição (MELO, 2009, p1263).

A probabilidade de transmissibilidade depende de alguns fatores:

- O potencial do doente bacilífero, isto é, paciente sintomático respiratório com baciloscopia direta positiva é a maior fonte de infecção.
- Concentração de bacilos no ar contaminado e o tipo de ambiente (loais fechados, escuros ou com pouca ventilação).
- Duração da exposição ao ambiente infectado.
- Predisposição genética dos contatos.

O Brasil está entre os 22 países que concentram 80% da carga mundial de TB, segundo a OMS (BRASIL, 2011). A forma mais comum é a pulmonar, sendo muito prevalente nos meios sociais com alta densidade populacional, nos quais predomina a pobreza e a falta de saneamento básico. Dessa forma, é mais comum a doença ser diagnosticada nas grandes cidades, principalmente em periferias, mas sem deixar de considerar que pode acometer qualquer pessoa, inclusive em áreas rurais (BRASIL, 2007). O abuso de bebidas alcoólicas, desnutrição, infecções pelo HIV, diabetes, tratamento prolongado com corticoides, terapia imunossupressora, doenças renais crônicas e neoplasias ou outras doenças que levam a imunossupressão, mesmo que transitórias, favorecem o aparecimento da doença.

No Brasil, geralmente, a infecção pela tuberculose ocorre ainda na infância, mas nem todas as pessoas expostas ao bacilo se infectam e nem todas as pessoas infectadas

desenvolvem a doença (BRASIL, 2007). O diagnóstico da forma pulmonar é feito por meio da baciloscopia direta de escarro de pessoas sintomáticas respiratórias com método adequado de coleta do material.

A taxa de incidência do Brasil é de 35,8 por 100.000 mil habitantes, sendo a do Ceará 38,3 (SINAN/SVS/MS, 2013). A população estimada do Pratiús II é de aproximadamente 3000 (três mil) pessoas, dessa forma, espera-se que o número de novos casos de TB na população estudada seja em torno de 1 a 2 casos por ano. Vale salientar que o Pratiús II no passado já teve um número significativo de casos de TB, no entanto há 4 anos não há novos casos, segundo os dados da secretária de saúde e do livro de registro da Unidade Básica de Saúde (UBS).

Apesar de serem solicitado baciloscopia direta para TB e exame radiográfico pulmonar, a qualidade destes é duvidosa. Os raios-X pulmonar proveniente do município vem borrados ou bastante penetrados ou com técnica ruim, prejudicando não apenas os diagnósticos de TB. Há relatos de profissionais da UBS e do laboratório que os exames de escarros vêm destampados ou em recipientes não adequados para coleta. Não há orientação dos profissionais de saúde aos pacientes como deve ser coletado o material.

A equipe do PSF, especialmente o ACS são responsáveis pela vigilância epidemiológica de sua área, com as receptivas microáreas. Para apoiar a estratégia básica deve se ter uma rede de sistemas, englobando atenção secundária e terciária, sendo que o município tem o dever de garantir o acesso a essas esferas de atenção à saúde quando necessário (BRASIL, 2011).

Não podemos de deixar de levar em conta que os exames solicitados de baciloscopias demoram uma média de 1 a 3 meses para chegar o resultado. Outro fator que também pode prejudicar o andamento da intervenção é a péssima qualidade da radiografia de tórax realizada no município. Devemos conversar com a gestão a fim de que tenhamos apoio na resolução desses problemas para não prejudicar o andamento desse projeto.

As principais medidas para conter o avanço ou proliferação da TB são vacinação com BCG (formas mais graves) e a busca ativa para propiciar o diagnóstico precoce e, consequentemente acabar com ciclo de contaminação (BRASIL, 2011). A BCG já realizada com eficácia e com cobertura de 100% no Pratiús II. No entanto, a busca ativa não está sendo realizado adequadamente, pois apenas são avaliados aqueles pacientes que procuram esporadicamente a UBS com sintomas sugestivos de TB.

A busca ativa deve estar focada, preferencialmente, em pacientes maiores de 15 anos que apresentam tosse crônica (>3 semanas) e/ou outros sintomas sugestivos de TB (febre vespertina, perda de peso, sudorese noturna, escarros hemoptóicos) (BRASIL, 2007). Tais pacientes, denominaremos como sintomáticos respiratórios. A investigação também deve ser realizada em pacientes com história prévia de contato com a TB e em profissionais de saúde.

Há fatores de risco que aumentam a chance de adquirir a infecção e desenvolver a doença. A alta densidade populacional, pobreza/miséria, pessoas institucionalizadas, moradores de rua, pacientes usuários de drogas, etilistas, pessoas com HIV/AIDS, doentes em tratamento imunossupressor, desnutridos, doenças debilitantes (câncer/diabetes) são fatores que contribuem para o desenvolvimento da TB, justificando a busca ativa nesse grupo populacional (BRASIL, 2007).

Na suspeita clínica de TB deve ser solicitado exame de escarro (baciloscopia). Tal exame permite detectar 60 a 80% dos casos de tuberculose pulmonar. Outros exames podem ser solicitados como raio x de tórax para identificar lesões suspeitas de TB ou até mesmo identificar outras doenças pulmonares que fazem parte do diagnóstico diferencial.

A amostra de escarro tem que ser da árvore brônquica obtida por meio do esforço de tosse, de modo que a quantidade ideal deve variar de 5 ml a 10 ml. O escarro deve ser armazenado em recipientes de plástico transparentes com boca larga, tampa rosca e capacidade máxima de 35 a 50 ml. A identificação deve ser realizada em fita gomada ou pincel de retroprojektor sempre nas laterais do recipiente e nunca na tampa. A coleta, a conservação e o transporte do material são de responsabilidade dos profissionais da UBS (BRASIL, 2007).

A primeira amostra deve ser coletada no momento da consulta para aproveitar a presença do paciente e a segunda deve ser colhida na manhã do dia seguinte. O paciente deve ser orientado adequadamente quanto a coleta pelos profissionais de saúde da UBS, do seguinte modo: ao levantar pela manhã ele deve lavar a boca, e, sem escovar os dentes, inspirar profundamente, segurar a respiração por alguns segundos e após isso escarrar após tosse forçada. O paciente também deve ser orientado sobre como armazenar e fechar o pote do escarro (BRASIL, 2007).

O transporte deve seguir com alguns cuidados: as amostras devem estar protegidas da luz solar, podendo ficar a temperatura ambiente até 24h. Se o tempo de transporte for superior a 24h, recomenda-se que o escarro seja conservado na temperatura de 2° a 8° C em local

exclusivo para armazenagem de material contaminado. Em seguida, o material deve ser transportado em caixas de isopor com gelo reciclável ou com gelo dentro de sacos (BRASIL, 2007).

A cultura do bacilo de Koch também pode ser realizada com aumento de 30% do diagnóstico bacteriológico (BRASIL, 2011). Tal exame auxilia no diagnóstico, principalmente naqueles casos com alta suspeição clínica com baciloscopias sucessivamente negativas. A cultura também é usada em alguns casos em que há dificuldade na obtenção de amostras, TB extrapulmonares, para avaliar a resistência do bacilo (neste caso com teste de sensibilidade antimicrobiano) e em casos suspeitos de micobacterioses não tuberculosas.

O exame radiológico é um método auxiliar no diagnóstico da TB, servindo para identificação de lesões sugestivas da doença, excluir outras doenças pulmonares ou então realizar controle radiológico nos pacientes em tratamento quimioterápico para TB.

A prova tuberculínica (PPD) é também um método auxiliar no diagnóstico de TB. Teste positivo por si só não é suficiente para o diagnóstico de TB. O PPD é aplicado intradérmico no terço médio em face anterior do antebraço esquerdo, com dose de 0,1ml. A leitura é realizada de 72h a 96h após a aplicação, devendo ser medida a pápula endurecida com régua milimetrada. Classificação (BRASIL, 2007):

- 0 a 4 mm – Não reator
- 5 a 9 mm – Reator Fraco
- 10 ou mais – Reator Forte

O PPD geralmente é usado em pacientes imunossuprimidos ou com HIV para avaliação de resposta imunológica. Também é usado em casos suspeitos de outras doenças para afastar TB ou avaliar vacinação por BCG.

O exame sorológico anti-HIV sempre deve ser oferecido ao paciente por ser muito frequente a associação da TB com infecção do HIV.

Um caso positivo de tuberculose pulmonar se dá por (BRASIL, 2007):

- Duas baciloscopias positivas.
- Uma baciloscopia positiva e uma cultura positiva.
- Uma baciloscopia positiva e uma imagem radiológica com lesões sugestivas de TB
- Mais de duas baciloscopias negativas com cultura positiva.

6METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência desenvolvido no município de Pindoretama, que se localiza na microrregião de Cascavel. Tem população estimada para 2014 de aproximadamente 19.975 mil habitantes (IBGE, 2010). A sua área territorial é de 72,964km² (IBGE, 2010). O Sistema Municipal de Saúde de Pindoretama apresenta capacidade instalada para realização de serviços de saúde a nível de atenção primária e secundária. Dispõe de 8 Unidades Básicas de Saúde, 1 Hospital e 1 Policlínica com atendimentos de demanda especializada.

A intervenção será realizada pela equipe de saúde da família, composta por 1 médico, 1 enfermeira, 1 auxiliar de enfermagem e 4 agentes comunitários de saúde, instalada na Unidade Básica de Saúde da Família (UBASF) de Pratiús II, situada em uma zona rural do município.

A área de abrangência da ESF é responsável pela cobertura de 679 famílias, com 3055 pessoas, distribuídas em 4 microáreas.

A intervenção será realizada inicialmente por meio de oficinas de capacitação sobre a tuberculose para os ACS e outros profissionais de saúde. As oficinas terão como ênfases temáticas: a identificação dos principais sintomas da doença e dos grupos populacionais de maior risco para o desenvolvimento da doença. Serão utilizados materiais informativos expositivos e impressos.

Os ACS serão orientados a realizar busca ativa dos pacientes sintomáticos respiratórios, de acordo com os seguintes critérios (BRASIL, 2007):

- Pacientes maiores de 15 anos portadores de tosse com expectoração por mais de 3 semanas ou que apresentem sintomas compatíveis com a doença (perda de peso, febre vespertina, sudorese noturna e escarros sanguinolentos)
- Pacientes com história prévia de tratamento para TB.
- Pessoas que tiveram contato (coabitam ou coabitaram) com portadores de tuberculose.
- Portadores de doenças consumptivas, como diabetes e neoplasias.
- Imunossuprimidos devido a uso de medicações ou por infecções como a do HIV.
- Usuários de drogas.

A capacitação dos ACS deverá ocorrer em aproximadamente 30 dias, sendo cada oficina realizada a intervalos de 15 dias.

Após esse período, será iniciada uma nova fase com duração média de dois meses, na qual os ACS irão às suas respectivas microáreas para realizar a busca ativa dos sintomáticos respiratórios, de acordo com os critérios definidos. Todos os ACS farão registro em um caderno específico, constando o nome do paciente com sintomatologia sugestiva de TB e a qual família pertence.

Ao mesmo tempo, a equipe de saúde realizará atividades de educação em saúde, como sala de espera e grupos, com a comunidade da área de adscrição do Pratiús II, sobre a tuberculose.

Os sintomáticos respiratórios identificados serão convidados a comparecer à unidade de saúde no “Dia da Tosse”, data definida pela equipe para avaliação desses pacientes. O médico e a enfermeira da equipe serão os responsáveis por essa avaliação e atendimento inicial, onde será feito o devido encaminhamento, seja para realização de exames diagnósticos (baciloscopia do escarro e RX tórax), seja para um serviço especializado. Em todos os atendimentos em que for solicitado o exame de escarro, o paciente receberá orientações sobre a coleta adequada do material, assim como sobre o procedimento para seu armazenamento e transporte.

Todos os casos suspeitos, em que for solicitado o exame do escarro, deverão ser anotados em livro de registro de sintomáticos respiratórios para TB na própria Unidade de Saúde. Esses pacientes devem ficar sendo acompanhados e monitorados pela equipe, a fim de não se perder o contato e de se fazer o diagnóstico e tratamento necessários o mais precocemente possível.

8 RECURSOS NECESSÁRIOS

Para a implementação da intervenção serão necessários alguns materiais e recursos:

8.1) Material Permanente

- Cadeiras plásticas
- Material multimídia (notebook e retroprojektor)
- Cartazes expositivos

8.2) Material de Consumo

- Impressos na forma de cadernetas com orientações sobre TB
- Lanches para os dias das reuniões
- Cadernos, canetas, lápis e borracha. Materiais necessários aos ACS para controle das famílias com suspeita da doença.

8.3) Recursos Humanos

- Médico
- Enfermeira
- ACS
- Outros funcionários da UBS.

8.4) Fontes de Financiamento

Todos os recursos serão financiados pelo proponente do projeto. O material permanente será cedido pela Secretaria de Saúde do Município.

9RESULTADOS ESPERADOS

O Dia da Tosse será responsável em difundir informações a população e ser instrumento de promoção de saúde. Com isso, espera-se que a população e a equipe de saúde fiquem mais atentas às queixas respiratórias sugestivas de TB e que conheçam melhor a doença e saibam como proceder em casos suspeitos. Dessa forma, a população será mais ativa e participativa em seu processo de saúde-doença.

Espera-se que os indivíduos em situação de risco para doença ou que tiveram a TB sejam identificados e registrados em caderno específico. O médico realizará acompanhamento e rastreio diagnóstico adequado desse grupo populacional, podendo encontrar novos casos de tuberculose.

As oficinas de capacitação dos ACS serão benéficas para eles identificarem pessoas em situação de risco para a doença na comunidade, não apenas no momento do trabalho de intervenção, mas também fora desse projeto.

Os erros de coleta de material para baciloscopia devem ser corrigidos. Espera-se também que o número de pessoas com diagnóstico anual da doença seja equivalente ao do Estado do Ceará e próximo da média nacional.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica nº21: Vigilância em saúde Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose**. Brasília - DF: Editora MS, 2007. (A). P. 134-147.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil**. Brasília: Editora MS, 2011.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual Técnico para o Controle da Tuberculose: Cadernos de Atenção Básica nº6**. Brasília: Editora MS, 2002. (A).
4. IBGE. (Org.). Ceará/Pindoretama: Informações Completas. 2010. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=231085&search=ceara|pindoreta|ma|infograficos:-informacoes-completas>>. Acesso em: 05 out. 2014.
5. MELO, Fernando A Fiuza de et al. Tuberculose. In: FOCACCIA, Roberto (Ed.). **TRATADO DE INFECTOLOGIA: VERONESI-FOCACCIA**. 4. ed. São Paulo, SP: Atheneu, 2009. Cap. 68. p. 1263-1307.
6. SINAN/SVS/MS. **Série histórica da Taxa de Incidência de Tuberculose.**: Brasil, Regiões e Unidades Federadas de residência por ano diagnóstico (1990 a 2012). Brasília - DF: Editora MS, 2013.
7. SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA. II Consenso Brasileiro de Tuberculose: Diretrizes Brasileiras para Tuberculose 2004. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**. São Paulo, jun. 2004. Suplemento 1, p. 2-56.